



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Ventajas de la colocación del implante mamario en el plano subfascial en la Clínica Bisbalplastic de Lima en el periodo de enero del 2007 a junio del 2009

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Cirugía Plástica

AUTOR

Oscar Marciano Julcamoro Asencio

LIMA – PERÚ
2010

**“VENTAJAS DE LA COLOCACION DEL
IMPLANTE MAMARIO
EN EL PLANO SUBFASCIAL
EN LA CLINICA BISBALPLASTIC DE LIMA
EN EL PERIODO DE ENERO DEL 2007 A
JUNIO DEL 2009”**

ASESOR

Dr. Jorge Bisbal Smith
Cirujano Plástico

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mis padres, quienes me enseñaron el camino del trabajo, la perseverancia, el optimismo, y la dedicación hasta alcanzar los objetivos planificados.

A mi familia, esposa e hijos, que día a día toleraron largas ausencias de mi persona, mostrando comprensión, brindándome amor y ánimos de continuar, y acompañaron mis días de labor.

A los maestros, que encontré en las diferentes instituciones de trabajo, por las cuales pasé durante mi formación académica, que no solamente compartieron sus enseñanzas sino mostrando gestos de amistad que durarán para siempre.

A los pacientes, que esperan de nosotros una atención con calidad y calidez brindándonos su total confianza.

AGRADECIMIENTOS

Al doctor Jorge Bisbal Smith asesor de la tesis y autor de la técnica quirúrgica; y a los médicos asistentes y personal que labora en la Clínica BisbalPlastic, quienes me brindaron su apoyo incondicional, amistad y confianza para realizar el trabajo.

INDICE

PORTADA	01
TÍTULO	02
ASESORES	03
DEDICATORIA	04
AGRADECIMIENTOS	05
INDICE	06
RESUMEN	07
INTRODUCCIÓN	08
MATERIAL Y MÉTODOS	13
RESULTADOS	20
DISCUSIÓN	38
CONCLUSIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	41
ANEXOS	44
Anexo 1. Ficha de Recolección de datos	45

RESUMEN

“VENTAJAS DE LA COLOCACION DEL IMPLANTE MAMARIO EN EL PLANO SUBFASCIAL EN LA CLINICA BISBALPLASTIC DE LIMA EN EL PERIODO DE ENERO DEL 2007 A JUNIO DEL 2009”

Autor : Dr. Oscar M. Julcamoro Asencio (Médico residente de cirugía plástica)

Asesor : Dr. Jorge Bisbal Smith (Director Médico de la Clínica BisbalPlastic)

INTRODUCCION: El aumento mamario subfascial consiste en la colocación de implantes mamarios por debajo de la fascia aponeurótica del músculo pectoral mayor que permite una colocación segura, anatómica y funcional. Con este estudio pretendo enfatizar el uso del bolsillo subfascial y las ventajas encontradas, lo que ha contribuido a un aumento importante de la satisfacción de las pacientes que han sido sometidos a cirugía de aumento mamario, y así difundirlo a los diferentes hospitales y clínicas.

OBJETIVO: Realizar un análisis retrospectivo de las ventajas de la colocación del implante mamario en el plano subfascial.

METODO: Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de todos los pacientes con implante de mamas en el plano subfascial entre los años 2007 y 2008, con un seguimiento mínimo de 6 meses. Las variables del estudio fueron la edad, la técnica quirúrgica, las características del implante, la proyección de la mama, el tiempo operatorio, la estancia hospitalaria y las complicaciones.

RESULTADO: Se encontró 26 pacientes. Los límites de edad fueron de 18 a 46 años, grupo etáreo predominante de 26 a 35 años (46.2%). Se administró anestesia general en 17 pacientes. Todos los casos se abordaron por una incisión periareolar inferior. La disección del bolsillo subfascial se realizó en forma cuidadosa y con hemostasia prolija, con instrumentos adecuados. Se usó drenaje, el cual se retiró a los 1.4 días en promedio. Se colocaron implantes redondos texturizados, con perfil alto con un volumen promedio de 290 cc. Permite alcanzar mamas con buena proyección y de contornos anatómicos, provee un relleno adecuado del bolsillo cutáneo y del polo superior. El tiempo operatorio promedio fue de 2.6 horas. Procedimientos acompañantes (76.7%), principalmente la liposucción abdominal y de caderas (53.8%). La estancia hospitalaria fue de 1.4 días. El postoperatorio inmediato es más tolerado con menor edema, dolor y discomfort.

CONCLUSION: La edad predominante de uso de implantes mamarios es en un grupo etáreo joven. El tipo de anestesia depende de las preferencias del grupo quirúrgico. La disección del plano subfascial se puede realizar en forma completa. El uso de técnicas de hemostasia bajo visión directa e iluminación permite el buen control del sangrado. El uso de prótesis redondas de perfiles altos texturizados en el plano subfascial nos dan mamas con buena proyección y de contornos anatómicos. El tiempo operatorio y estancia hospitalaria promedio es bajo a pesar de acompañarse de otras cirugías. La técnica presentada es muy versátil, sus resultados son fácilmente reproducibles, con pocas complicaciones y baja morbilidad.

PALABRAS CLAVES: implante mamario, implante subfascial, mamoplastia.

INTRODUCCION

El deseo de verse cada vez mejor y con un cuerpo perfecto, hace cada día que las mujeres busquen cirugías con mejores resultados, en manos de cirujanos que ofrezcan diferentes alternativas, según sus características anatómicas.

El aumento mamario crece exponencialmente en los diferentes países del mundo. Apareciendo opciones quirúrgicas, que puedan incrementar las ventajas y disminuir las desventajas de la colocación de los implantes mamarios.

Para lo cual usamos diferentes ubicaciones de los implantes mamarios, ya sean subglandulares, subpectorales, subfascial o planos duales.

En la práctica estas técnicas quirúrgicas, se aplican de acuerdo a los recursos infraestructurales, económicos y principalmente de la experiencia del cirujano, luego de evaluar que tipo de técnica es la más adecuada a cada caso en particular.

Los implantes mamarios fueron primeramente realizados en los Estados Unidos en 1962. Desde ese tiempo, cerca de 2 millones de mujeres han experimentado mamoplastia de aumento. Según la Sociedad Americana de Cirujanos Plásticos, 2.6 por 1000 mujeres mayores de 18 años de edad han experimentado aumento mamario en el 2005.¹

El Cáncer de mama afecta a 1 de 8 mujeres,^{1,2} con 180,000 nuevos casos diagnosticados cada año.² Los Implantes de mama no incrementan el riesgo de desarrollar cáncer de mama.²

El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama difiere de los pacientes sin aumento.³ Las mujeres con aumento mamario deberían ser estimuladas a tener un screening rutinario de cáncer de mama a intervalos establecidos.^{4,5} Los pacientes con aumento mamario deberían ser informados de las limitaciones del futuro screening de cáncer de mama.⁶

Los Implantes ubicados en la posición subpectoral no interfieren con la mamografía de la misma extensión como los implantes subglandulares,^{7,8,9,10,11} (56% comparado con 25% respectivamente).¹²

Los motivos que llevan a una paciente a aumentar el tamaño de sus mamas, van desde un deseo de satisfacer a su pareja, corregir la disminución del volumen postlactancia y equilibrar la diferencia de volumen entre las mamas, hasta la reconstrucción después de una mastectomía producidas por tumoraciones malignas.

Los objetivos del aumento mamario deben considerar varias variables, como la localización de la incisión, el plano de disección, el tipo del implante, las características de los materiales y tejidos, el estado general de la paciente.

Se han publicado la utilización del plano subfascial (Figura 1) que tiene varias ventajas estéticas y funcionales de ambos planos, sin los déficit.^{13,14,15,16,17} Mamas con buena proyección, de contornos anatómicos, consistencia blanda, natural movilidad y un órgano integrado al tórax en forma de cono (prótesis-glándula), que pende en unidad como lo es normalmente.

Evitar deformación del implante, dejar adicional tejido blando entre el implante y la piel, minimizar el desagradable ondulado de cuadrantes superiores, conocido como rippling, pocas complicaciones con una morbilidad similar a las otras técnicas. Postoperatorio inmediato con menor edema y una recuperación más rápida de lo habitual.¹³ Sin dolor importante y sin contractura capsular y sin alteraciones en la sensibilidad del complejo areola pezón.¹⁷

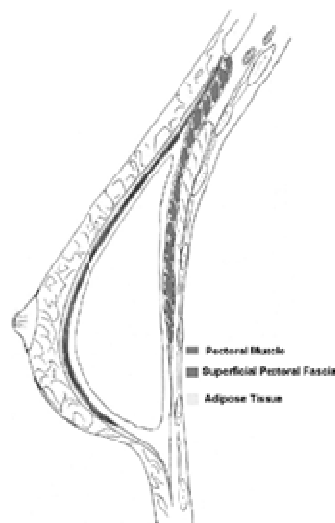


Fig. 1. Anatomía de la posición del Implante subfascial.

Cortesía Dra. Ruth Graf.

Consideraciones Anatómicas

En la denominada bolsa retroglandular, se hallan tres elementos de fundamental importancia: Lóbulos glandulares, ligamentos de sostén de Cooper y una importante red linfática. Los implantes si se colocan en el plano subglandular, dañan irremediablemente estas estructuras y su función específica.¹³

La cara anterior del pectoral mayor la cubre la fascia profunda o fascia torácica profunda, con su característica anatómica propia. El grosor de la fascia pectoral varía de 0.1 a 0.5 mm en la porción cefálica, pero en la porción caudal es más delgada, llegando a medir hasta 0.05 mm.^{14,18,19,20} Sin embargo, no es el grosor de esta fascia lo que la hace útil, sino su consistencia, poca distensibilidad y fuerza, además que la porción superior de esta fascia es la que da la cobertura en la zona donde con más frecuencia se notan los implantes: la zona superior.¹⁷

Según Tebbets, el “pinch test” (Figura 2) con un pinzamiento menor de 2 centímetros, indica que no se tiene los tejidos adecuados para dar cobertura, y se requiere la colocación de implante submuscular para que no se observe el borde superior ni se palpe el implante en el postoperatorio.^{13,21,22}



“Pinch test”

Fig. 2. Cortesía Dr. J. Tebbetts

Los implantes subfasciales, quedan debajo de la fascia en la mitad superior y de manera subglandular en la mitad inferior, siendo esta disposición satisfactoria.^{21,23} Intentar una disección de la fascia caudalmente, puede ser difícil lograrlo.²⁴ En nuestra experiencia hemos realizado la disección total del plano subfascial en el cual se coloca la prótesis, igual como lo describe la Dra. Graff, marcando diferencia con el cierre total de la fascia.

En la Clínica BisbalPlastic, en los últimos años, hemos realizado la colocación del implante en el plano subfascial, con resultados satisfactorios, mejorando los resultados en nuestros pacientes, motivando la realización del siguiente trabajo.

Con este estudio pretendo enfatizar el uso del bolsillo subfascial y las ventajas encontradas, lo que ha contribuido a un aumento importante de la satisfacción de las pacientes que han sido sometidos a procedimientos de aumento mamario, y así difundirlo a los diferentes hospitales y clínicas.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo General

- a) Realizar un análisis retrospectivo de las ventajas de la colocación del implante mamario en el plano subfascial.

1.3.2 Objetivos específicos

- a) Determinar la edad predominante.
- b) Determinar la técnica quirúrgica empleada.
- c) Determinar las características del implante utilizado.
- d) Determinar la proyección de la mama alcanzada.
- e) Determinar el tiempo operatorio.
- f) Determinar la estancia hospitalaria.
- g) Determinar las complicaciones presentadas.

MATERIAL Y METODOS

3.1 Tipo y diseño de investigación

Descriptivo, longitudinal, retrospectivo y comparativo.

3.2 Cobertura del estudio

a) Población

Todos los pacientes de la Clínica BisbalPlastic sometidos al procedimiento quirúrgico de la colocación del implante mamario en el plano subfascial entre enero del 2007 a diciembre del 2008, y que tuvieron seguimiento postoperatorio en la institución mínimo por seis meses (hasta junio del 2009).

b) Muestra

Pacientes sometidas a colocación de implante mamario en el plano subfascial y con seguimiento postoperatorio mínimo de 6 meses.

c) Unidad de Análisis

Paciente sometida a colocación de implante mamario en el plano subfascial y con seguimiento postoperatorio mínimo de 6 meses.

d) Criterios de Inclusión

- Paciente sometida a colocación de implante mamario en el plano subfascial.
- Pacientes con informe operatorio completo.
- Pacientes con controles post quirúrgicos mediatos e inmediatos.
- Seguimiento postoperatorio mínimo por seis meses.
- Historia clínica accesible y/o con información requerida completa.

e) Criterios de exclusión

- Paciente sometida a colocación de implante mamario en otro plano anatómico.
- Pacientes con informe operatorio incompleto.
- Pacientes sin controles post quirúrgicos mediatos e inmediatos.
- Seguimiento postoperatorio menor de seis meses.
- Historia clínica no accesible y/o con información requerida incompleta.

3.3 Instrumento para la investigación

a. Instrumentos de recolección de datos

Se utilizará un formulario o formato de recolección de datos para cada unidad de estudio, en el cual se consignan todas las variables evaluadas en el presente estudio, las cuales serán revisadas periódicamente.

b. Validez y precisión de instrumentos

Una vez obtenidos los datos se revisarán los formularios para detectar errores en la recolección y posteriormente se procederá al llenado en una matriz de datos utilizando paquetes estadísticos.

c. Codificación

A cada variable se le asignará un valor numérico que los represente:

- 1) Edad.
- 2) Técnica quirúrgica.
- 3) Características del implante.
- 4) La proyección de la mama.
- 5) Tiempo operatorio.
- 6) Estancia hospitalaria.
- 7) Complicaciones.

3.4 Técnicas o estrategias para la realización del trabajo

- Revisión de historia clínica.
- Vaciado de la información en una ficha pre establecida.
- Análisis de la información.
- Comparación de la información obtenida con la bibliografía.
- Comentario y conclusiones.

Técnica Quirúrgica

El procedimiento quirúrgico se inicia con el marcaje de la zona, la administración de anestesia. El abordaje periareolar, incisión en la mitad inferior. Después se realiza disección con cauterio en el tejido mamario o grasa, tirando de los bordes de la incisión hacia arriba con gancho para asegurar un acceso transversal y perpendicular al plano, mientras se diseca el tejido celular subcutáneo, cuidando de no dejar un colgajo inferior muy delgado y de no desviarse por debajo de la glándula mamaria.

Se identifica la fascia y el músculo pectoral, realizando un corte transversal de la fascia. Una vez cortada se puede tirar de ella para efectuar la disección con dirección cefálica. La disección debe separar esta fascia del músculo pectoral, cuidando su integridad. El límite de disección superior es hasta la 2ª ó 3ª costilla,¹⁸ medial de 2 a 3 centímetros por fuera de la línea media; en el extremo inferior la disección se realiza dependiendo del tamaño del implante, así como del surco mamario ya que en ocasiones habrá que disecar 2 o más centímetros por debajo. Se diseca lateralmente, el límite inicial será la línea axilar anterior.¹⁹

La disección se realizó con electrocauterio monopolar, bipolar y una visualización adecuada con lámpara frontal con luz de halógeno y retractor para mama con fibra óptica y succión. Asegurar hemostasia adecuada y se coloca el implante con ayuda de un retractor. La manipulación del implante se realiza con nuevos guantes. Se dejó un drenaje a presión negativa.

Se cierra por planos, con vicryl 3-0 tomar del colgajo superior la fascia y glándula mamaria y del colgajo inferior la fascia con tejido celular subcutáneo para cubrir el implante. En el plano subdérmico profundo con puntos invertidos, con vicryl 3-0 y una sutura subdérmica superficial con nylon 5-0. (Figura 3-8).

3.5 Procesamiento y pruebas estadísticas

El procesamiento de datos se realizará usando el programa EXCEL. Registrando los datos obtenidos en las historias clínicas, donde se evaluarán los siguientes datos: edad, técnica quirúrgica, características de implante, la proyección alcanzada, tiempo operatorio, estancia hospitalaria y complicaciones.



Fig. 3. Instrumentos de Trabajo



Fig. 4. Diseño e infiltración solución local

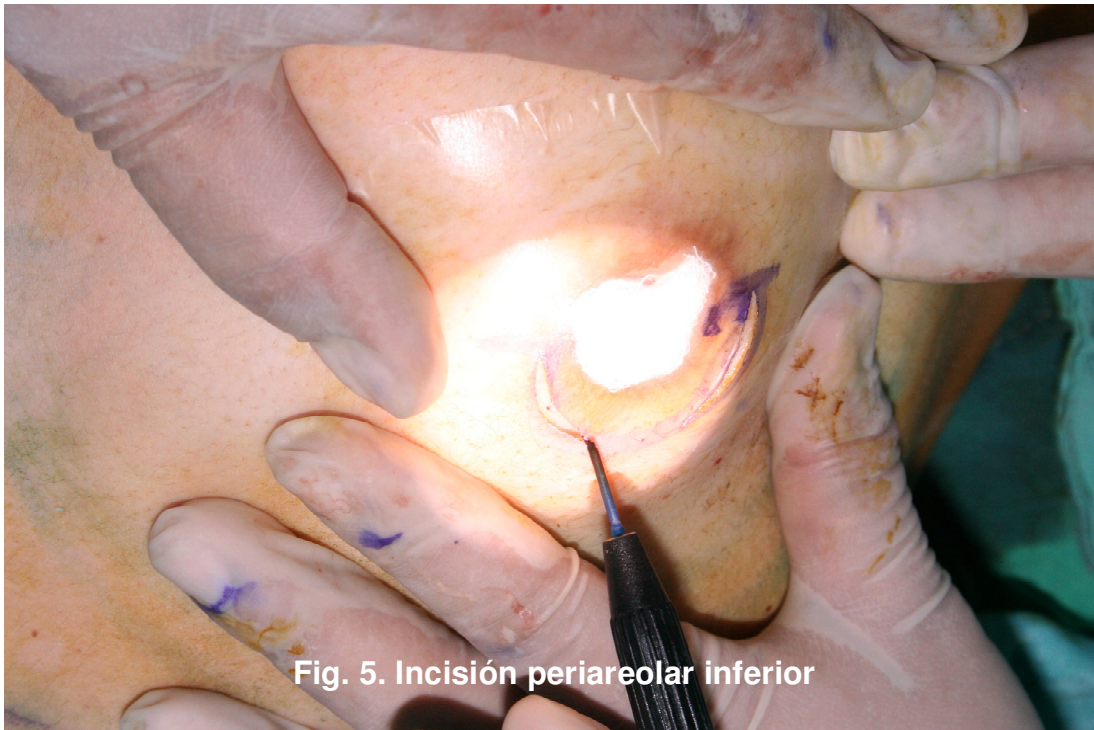


Fig. 5. Incisión periareolar inferior



Fig. 6. Disección y formación del bolsillo subascial



Fig. 7. Colocación del Implante redondo texturizado



Fig. 8. Colocación del drenaje y cierre de incisiones

Los indicadores estadísticos utilizados son para las variables cuantitativas la Media y para las cualitativas los Porcentajes, con Tablas de frecuencia.

Tabla No I. Operacionalización de variables

VARIABLES	TIPO	ESCALA DE MEDICION	INDICADOR	CRITERIO DE MEDICION
Implante mamario en plano subfascial	Cualitativa	Nominal	Ubicación	Frecuencia Porcentaje
Edad	Cuantitativa	De razón	Tiempo	Años
Técnica quirúrgica	Cualitativa	Nominal	Presencia Ausencia	Frecuencia Porcentaje
Tipo de anestesia	Cualitativa	Nominal	Presencia Ausencia	Frecuencia Porcentaje
Tipo de incisión	Cualitativa	Nominal	Presencia Ausencia	Frecuencia Porcentaje
Disección de tejidos	Cualitativa	Nominal	Presencia Ausencia	Frecuencia Porcentaje
Drenaje	Cuantitativa	De razón	Volumen	Centímetros cúbicos
Tipo de implante	Cualitativa	Nominal	Presencia Ausencia	Frecuencia Porcentaje
Tamaño del implante	Cuantitativa	De razón	Volumen	Centímetros cúbicos
Proyección de la mama	Cualitativa	Nominal	Presencia Ausencia	Frecuencia Porcentaje
Tiempo operatorio	Cuantitativa	De razón	> 1	Horas
Procedimientos quirúrgicos acompañantes	Cualitativa	Nominal	Presencia Ausencia	Frecuencia Porcentaje
Estancia hospitalaria	Cuantitativa	De razón	> 1	Días
Complicaciones	Cualitativa	Nominal	Presencia Ausencia	Frecuencia Porcentaje

3.6 Aspectos éticos

El presente estudio se tratará de un estudio comparativo para evaluar las ventajas de la ubicación del implante mamario en el plano subfascial que vienen siendo usados en la Clínica BisbalPlastic, para el cual no se omitirán ni adulterarán datos.

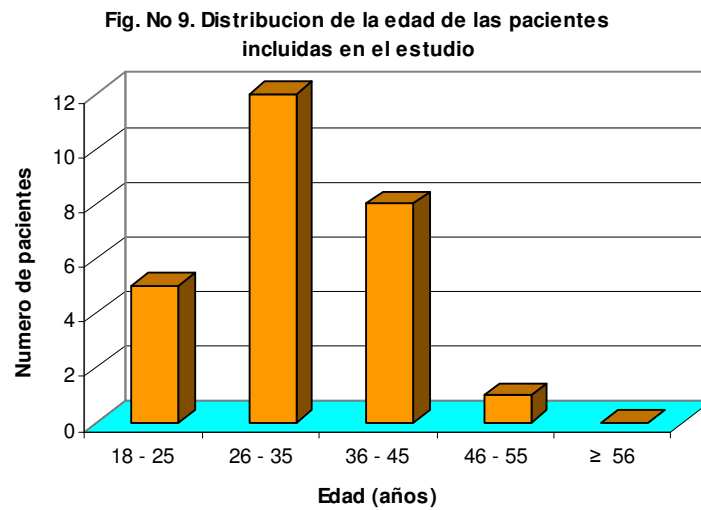
RESULTADOS

La mamoplastía de aumento en plano subfascial es una técnica segura con resultados estéticos satisfactorios.

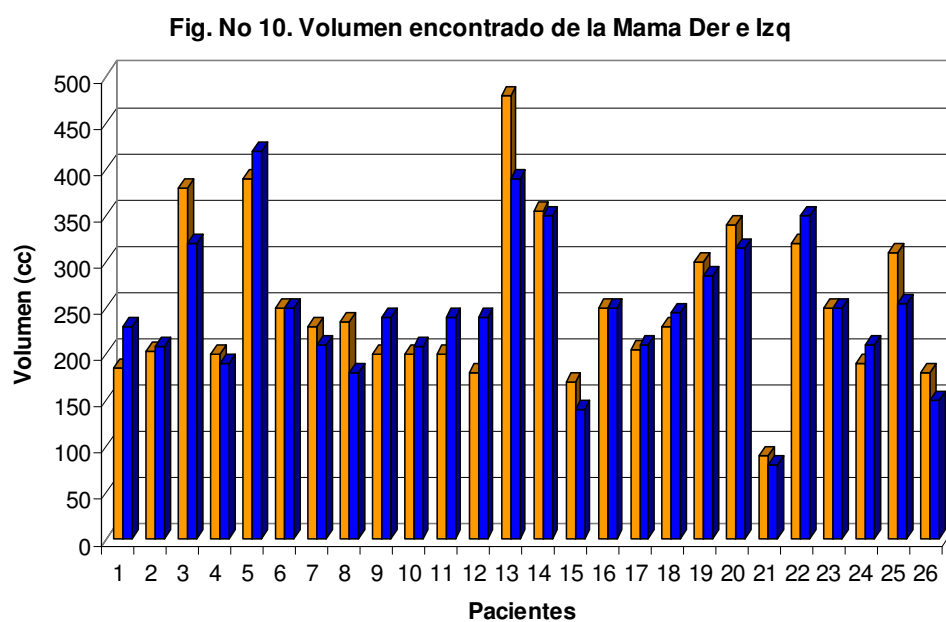
Los límites de edad fueron de 18 a 46 años. Con un límite de edad predominante de 26-35 años (46.2%) (Tabla II)(Figura 9). La edad promedio de las pacientes fue de 32.3 años.

Tabla No II. Grupos etáreos.

EDADES (años)	No PACIENTES
18 - 25	5
26 - 35	12
36 - 45	8
46 - 55	1
≥ 56	0



Volumen de mama encontrado, osciló entre: Mama derecha: 90 - 480 cc (volumen promedio: 251 cc) y Mama izquierda: 80 - 420 cc (volumen promedio: 247 cc). Mamas asimétricas en 21 pacientes (80.8%). Encontrándose diferencias entre ambas mamas un intervalo de 5 a 90 cc. (Figura 10).

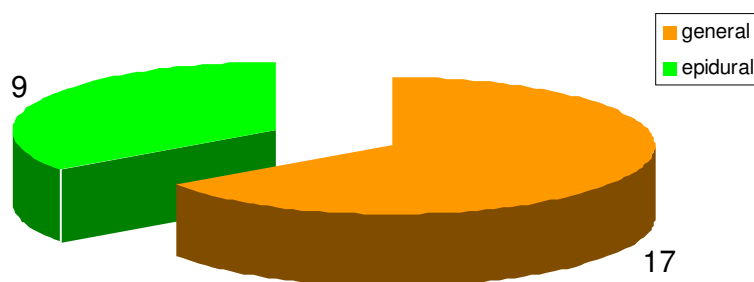


Se administró anestesia general en 17 (65.4%) y epidural en 9 (34.6%). (Tabla III)(Figura 11)

Tabla No III. Uso de Anestesia.

ANESTESIA	NUMERO DE PACIENTES
general	17
epidural	9

Fig. No 11. Tipo de Anestesia Administrado

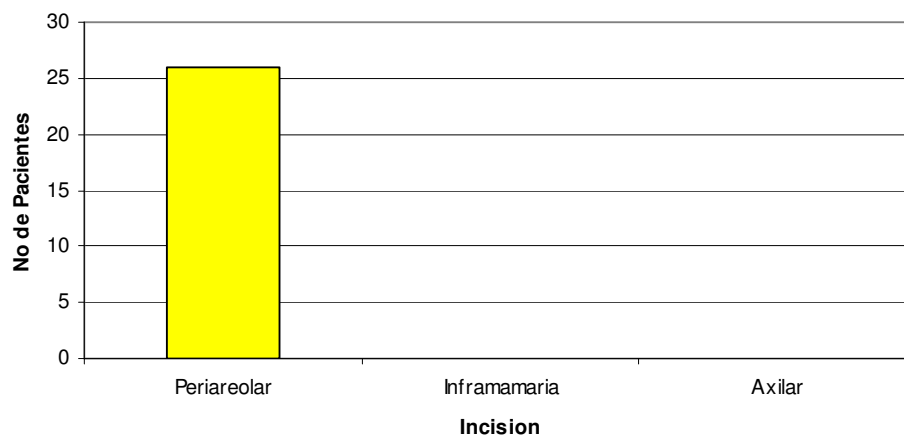


Todos los casos se abordaron por una incisión periareolar inferior (100%). La disección del plano subfascial se puede realizar en forma completa. El uso de técnicas de hemostasia bajo visión directa e iluminación permite el buen control del sangrado. (Tabla IV)(Figura 12)

Tabla No IV. Tipo de Incisión

INCISION	NUMERO DE PACIENTES
Periareolar	26
Inframamaria	0
Axilar	0

Fig. No 12. Tipo de Incision



Se colocaron implantes redondos texturizados, con perfil alto con un volumen promedio de 290 ml. Correspondiendo a un volumen menor de 220 cc y un volumen mayor de 400 cc. Y diferencia de volúmenes entre ambos implantes entre 20 a 60 cc. (Figuras 13 - 21).



El sistema de soporte fuerte en este plano mantiene la forma y posición del implante en su tercio superior a diferencia del subglandular que con el tiempo puede verse el borde superior del implante.



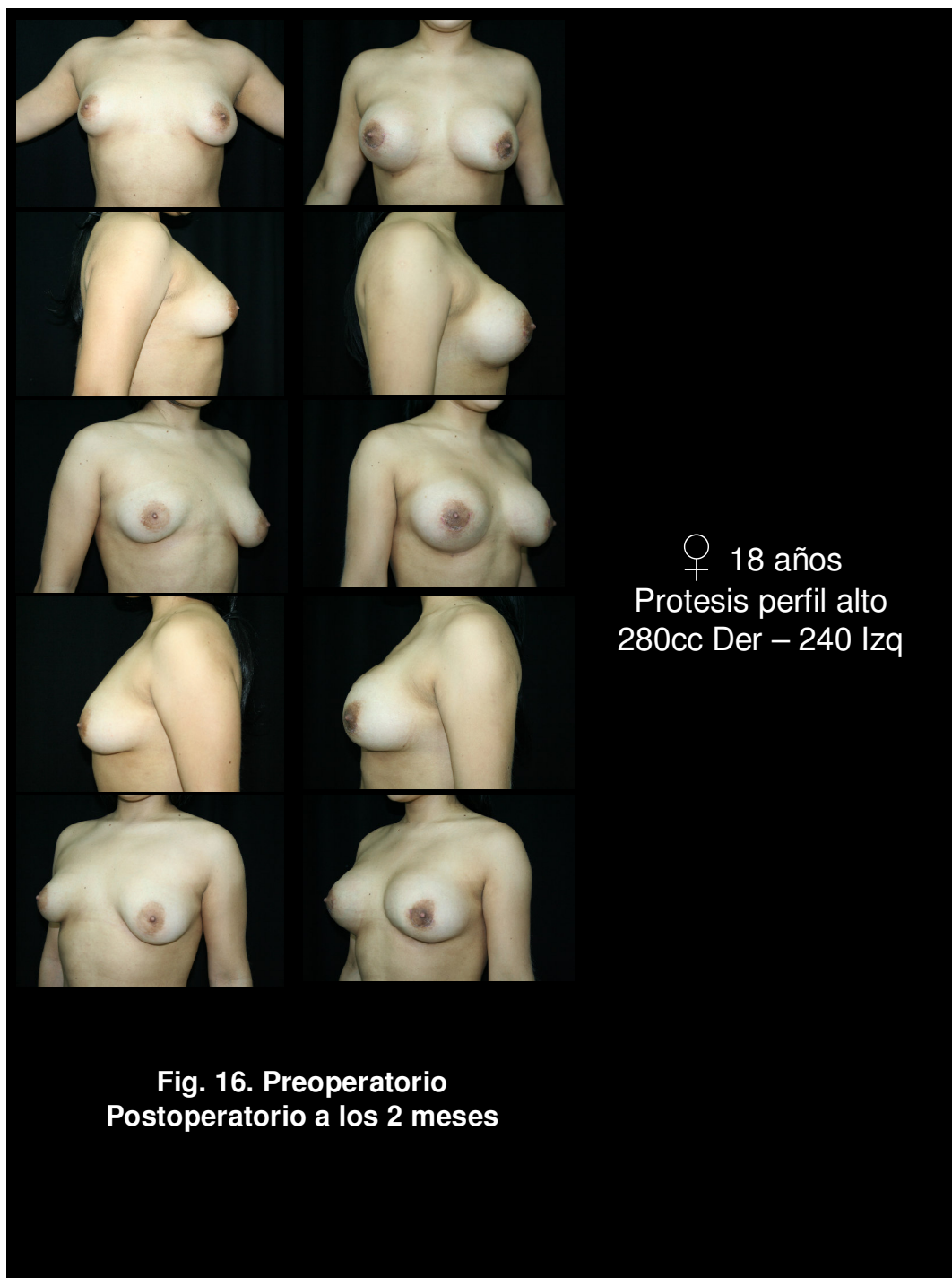
♀ 32 años
Protesis perfil alto
240cc Der – 280 Izq

**Fig. 14. Preoperatorio
Postoperatorio a 1 mes 7 días y a 5 meses**

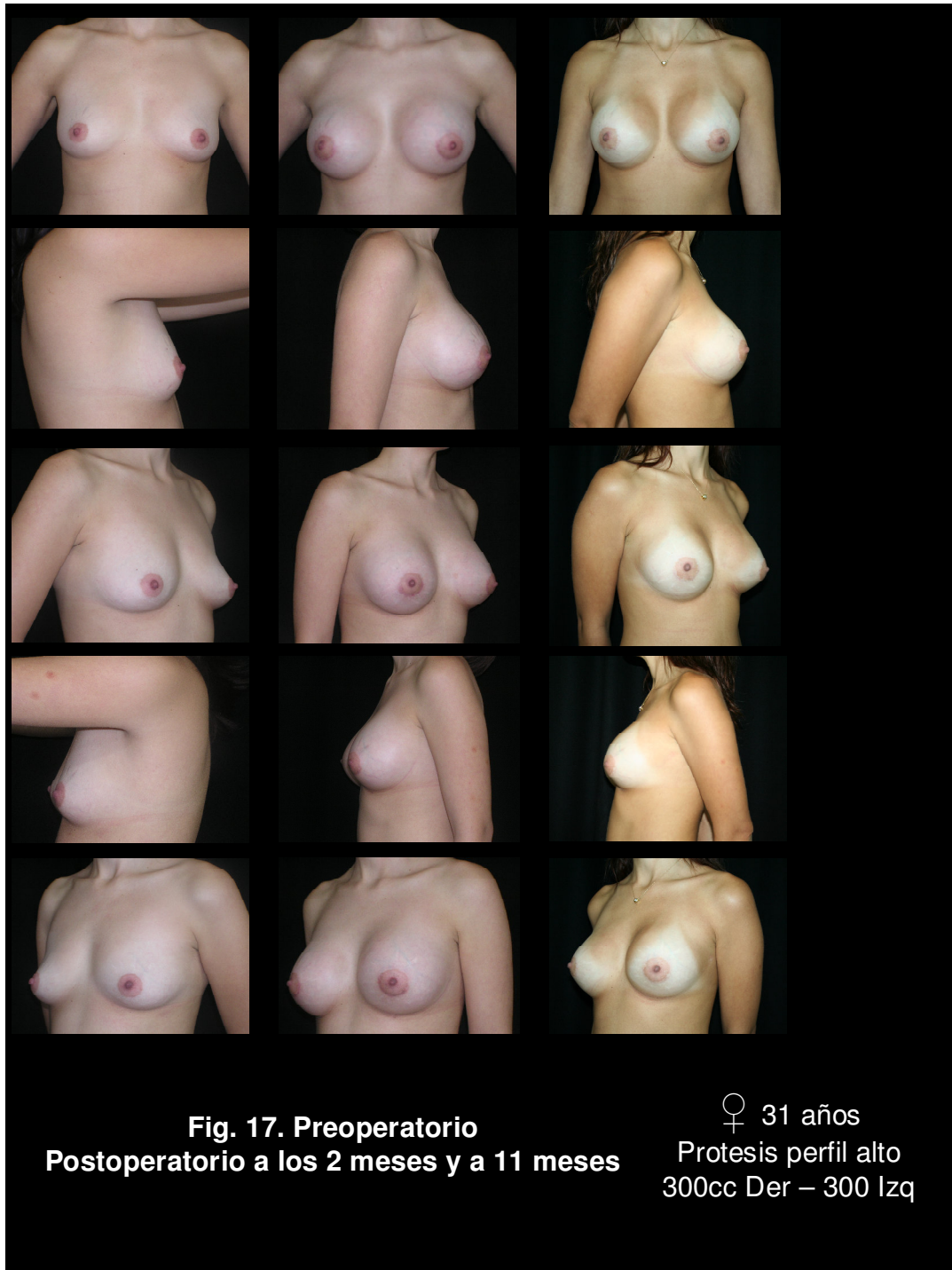
Provee un relleno adecuado del bolsillo cutáneo y del polo superior.



Desde el inicio se observa una evolución adecuada, incluso en mamas asimétricas.



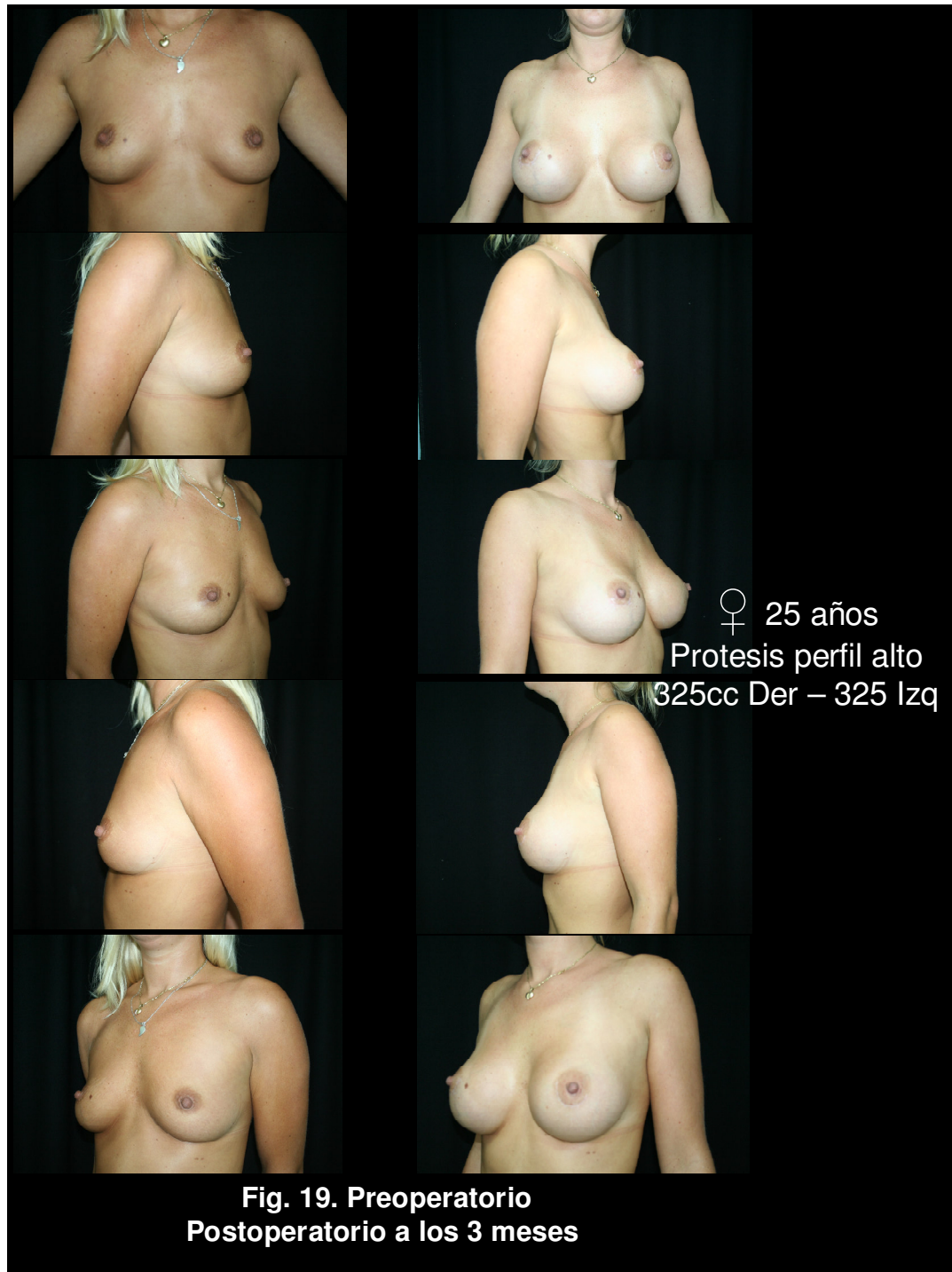
La actividad física, incluyendo la contracción del músculo pectoral no deforma la prótesis por su posición en el plano subfascial.



En mamas hipoplásicas marcadas, luego de evaluar un “pinch test” adecuado la colocación de implantes en el plano subfascial nos permite un resultado aceptable.



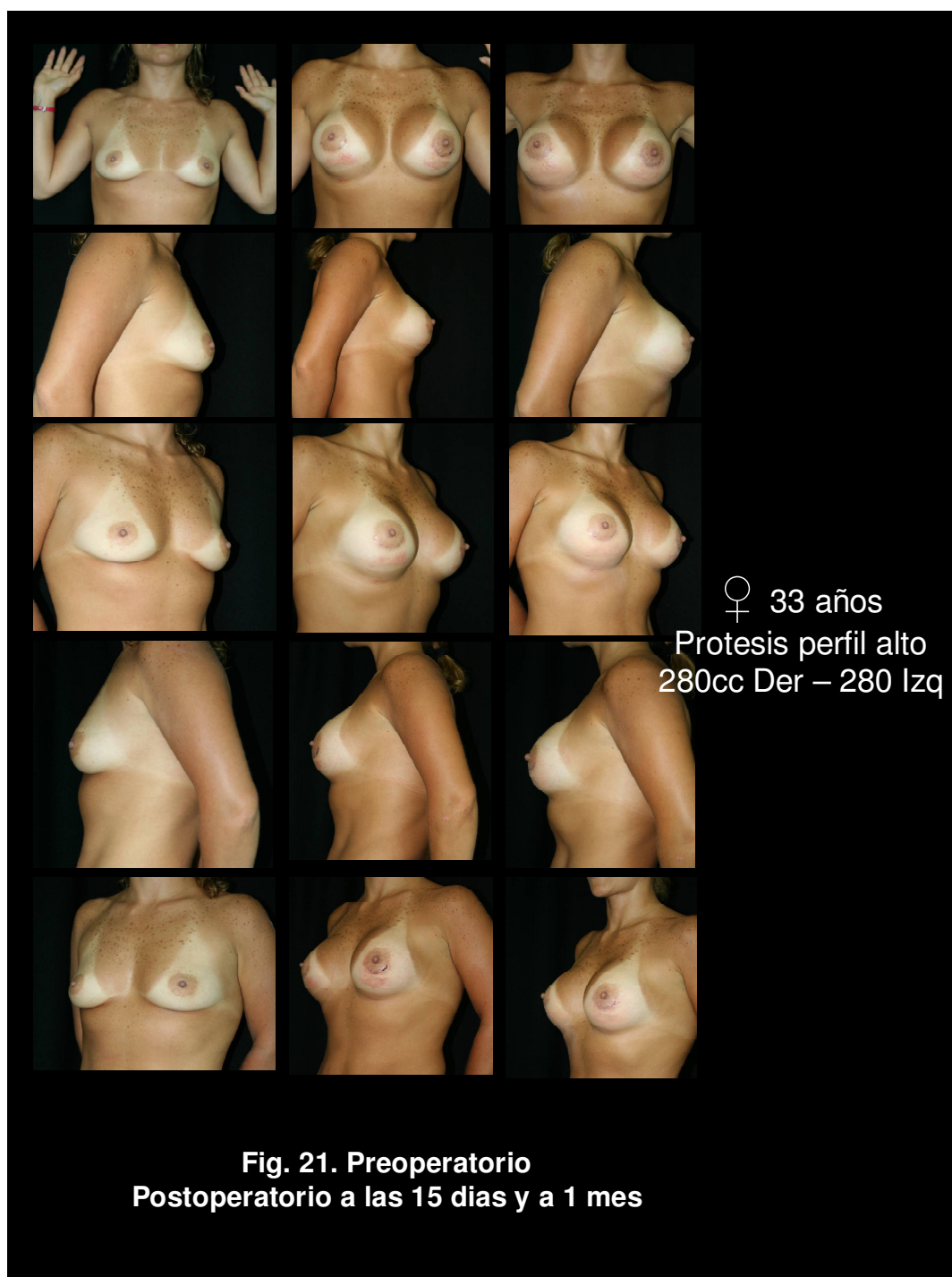
Se observa resultados buenos, incluso en pacientes que tienen un volumen mamario inicial regular y desean implantes con volúmenes altos.



Se logra resultados satisfactorios en la paciente, la cual rápidamente se incorpora a sus actividades laborales y vida social. Acudiendo a la playa con un estado de ánimo y psicológico mejor.



El post operatorio inmediato es más tolerado con menor edema, dolor y discomfort.

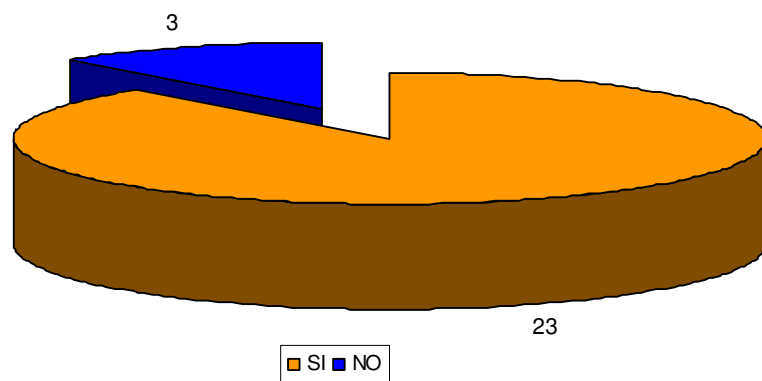


Se utilizó drenaje en 23 pacientes (88.4%). El drenaje se retiró a los 1.4 días en promedio. (Tabla V)(Figura 22)

Tabla No V. Uso de drenaje

DRENAJE	No PACIENTES
SI	23
NO	3

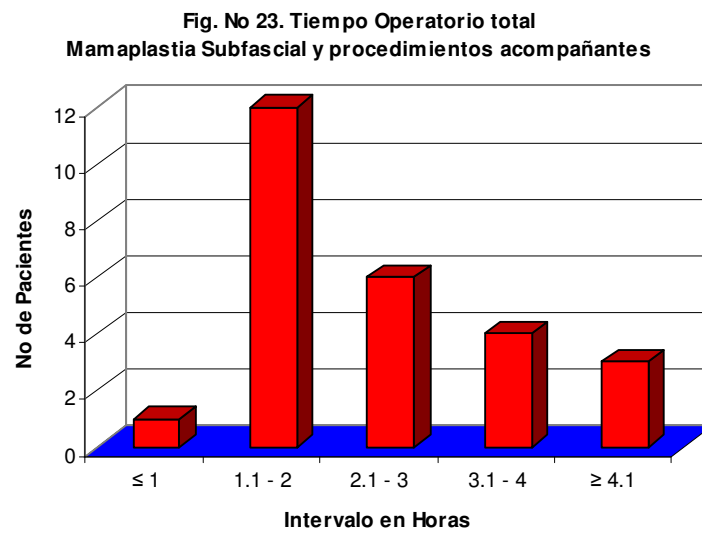
Fig. No 22. Uso de Drenaje



El tiempo operatorio promedio fue de 2.6 horas. Un intervalo entre 1 a 5 horas. (Tabla VI)(Figura 23)

Tabla No VI. Tiempo operatorio total

TIEMPO OPERATORIO	No PACIENTES
≤ 1	1
1.1 - 2	12
2.1 - 3	6
3.1 - 4	4
≥ 4.1	3

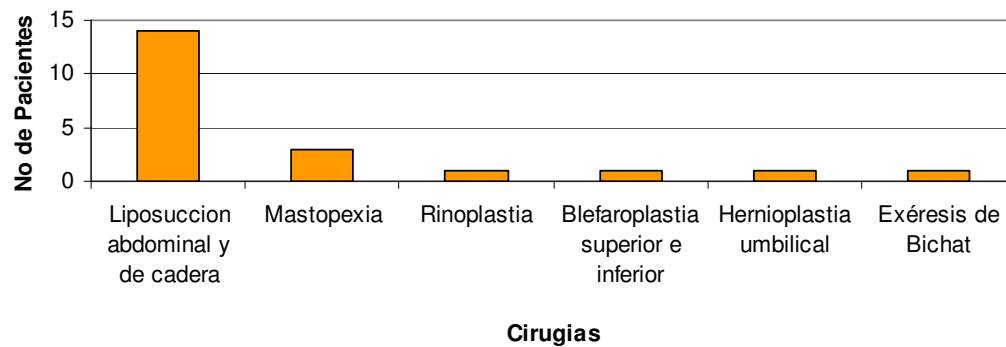


Procedimientos acompañantes (76.7%), dentro de los cuales liposucción abdominal y de cadera en 14 pacientes (53.8%), de los cuales 6 pacientes además se realizó filling glúteo, mastopexia en 3 (11.5%), rinoplastia en 1 (3.8%), blefaroplastia superior e inferior en 1 (3.8%), hernioplastia umbilical en 1 (3.8%), exéresis de bichat en 1 (3.8%). (Tabla VII)(Figura 24)

Tabla No VII. Cirugías acompañantes

PROCEDIMIENTOS	No PACIENTES
Liposuccion abdominal y de cadera	14
Mastopexia	3
Rinoplastia	1
Blefaroplastia superior e inferior	1
Hernioplastia umbilical	1
Exéresis de Bichat	1

Fig. No 24. Procedimientos acompañantes a la Mamoplastia subfascial

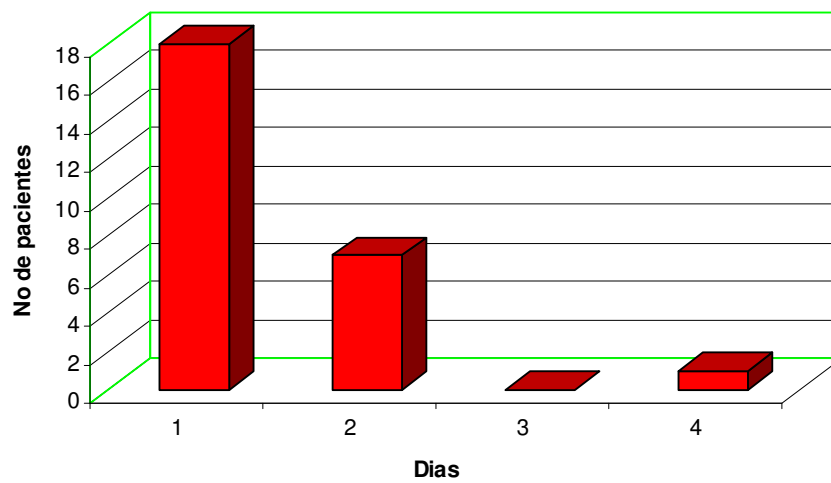


La estancia hospitalaria promedio fue de 1.4 días. (Tabla VIII)(Figura 25)

Tabla No VIII. Días de estancia hospitalaria

DIAS	No PACIENTES
1	18
2	7
3	0
4	1

Fig. No 25. Estancia Hospitalaria

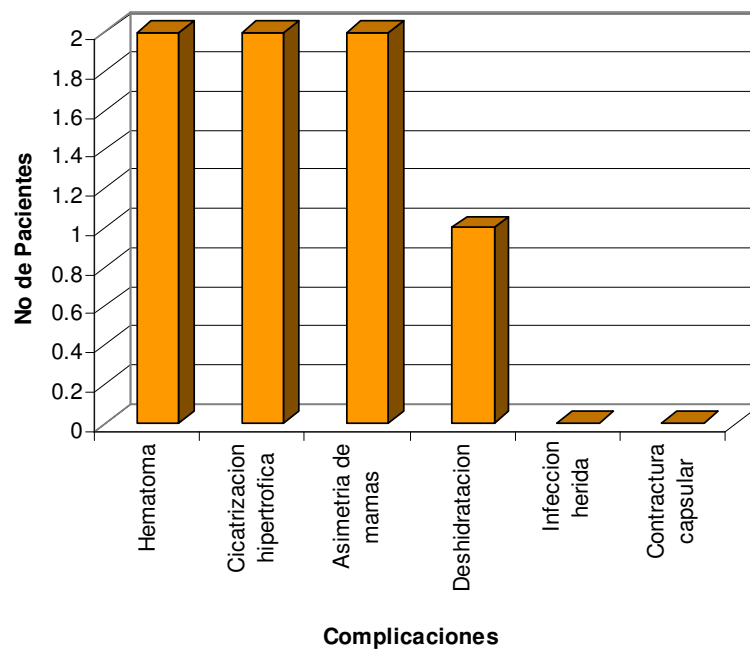


Se presentó hematoma con la necesidad de reoperar en 2 (7.7%), cicatrización patológica hipertrofica en 2 (7.7%), asimetría de mamas en 2 (7.7%), deshidratación en 1 (3.8%). No hubo infección ni contractura capsular hasta la fecha. (Tabla IX)(Figura 26)

Tabla No IX. Complicaciones

COMPLICACIONES	No PACIENTES
Hematoma	2
Cicatrizacion hipertrofica	2
Asimetria de mamas	2
Deshidratacion	1
Infeccion herida	0
Contractura capsular	0

Fig. No 26. Complicaciones presentadas



DISCUSION

La mujer joven es la que más frecuentemente busca mejorar su silueta corporal, aunque tenga un volumen mamario inicial regular.

Cada cirujano según sus conocimientos y experiencia adquirida con el transcurso de los años, usa su técnica quirúrgica propia, que la va adaptando a los avances de la cirugía plástica. Así mismo, la técnica anestésica elegida depende de varios factores, como del cirujano, anestesiólogo y del paciente. Nosotros en el presente estudio elegimos preferentemente la anestesia general, pero en el último año más estamos usando anestesia regional y local.

La elección de la ubicación de la incisión, también depende de muchos factores pero mientras ésta se encuentre en un lugar oculto o camuflado por alguna estructura anatómica, mejor. Por lo cual, nosotros preferimos la incisión periareolar inferior.

La colocación de implantes en el espacio subfascial es más segura, anatómica y funcional, que disminuye la frecuencia de complicaciones al no dañar posibles lóbulos glandulares, ligamentos suspensorios de Cooper y una red linfática considerable, que son lesionados durante la disección en el espacio subglandular.^{16,18,19,21,25} y no añadir la disrupción a los ligamentos, evitando un factor más para el desarrollo de ptosis mamaria.²¹

Los detractores de este procedimiento han indicado la dificultad para la disección de la fascia,²⁴ y en relación al grosor de la misma indican que la cobertura que aporta al implante no se puede igualar con el grosor que provee el músculo pectoral.²³

La fascia del pectoral mantiene el implante en una posición segura y estéticamente aceptable. Al tener una mayor resistencia que la piel y el tejido celular subcutáneo, no se modifica la silueta de la mama tan drásticamente, lo que evita la deformidad en copa de té en el tórax, logrando una forma más natural,^{15,16,18} al evitar la visibilidad del implante en los cuadrantes superiores,¹⁸ y aunque no sea posible la disección de la fascia en la mitad inferior, la disección en la mitad superior será la que

dé el resultado estético buscado.²⁶ Nosotros hemos disecado toda la fascia y colocamos el implante cubierto totalmente, incluso el cierre de ésta es completa.

Nosotros preferimos todavía el uso de drenaje (88.4%). El cual lo retiramos lo más pronto posible valorando el volumen de drenaje y características de la secreción. Aclarando que éste no reemplaza a la buena hemostasia que debemos realizar intraoperatoriamente.

El tiempo operatorio promedio fue de 2.6 horas. Aclarando que en el 76.7% de los pacientes se realizó otro procedimiento. Indicándonos, que la mamaplastia en el plano subfascial, no incrementa el tiempo operatorio siendo una cirugía versátil y fácilmente reproducible.

La estancia hospitalaria promedio representó a 1.4 días, recalando que un gran porcentaje de pacientes se realizó otra cirugía. Y en algunos pacientes se incrementó la estancia hospitalaria por las complicaciones inmediatas que se presentaron (hematoma y reintervención para revisión de hemostasia y deshidratación moderada por intolerancia oral y vómitos).

En otras series mencionan que la frecuencia de contractura capsular es similar a la de los implantes colocados de manera submuscular.^{18,19,27} En un modelo experimental desarrollado en conejos se observó que la cápsula formada por debajo de una fascia es mucho más delgada que cuando se coloca subcutáneamente.²⁸ Nosotros no hemos encontrado hasta la fecha ningún caso de contractura capsular, pero aun el tiempo transcurrido es corto para enunciar conclusiones finales.

Otras complicaciones presentadas, fueron en valores bajos, pero es importante tenerlos en consideración. Pues la paciente tiene todo el derecho a buscar un cirujano que le ofrezca los mejores resultados y sin complicaciones. Por lo que, nosotros debemos día a día capacitarnos para brindar mejores servicios.

CONCLUSIONES

La edad predominante de implantes mamarios es en un grupo etáreo joven, de 26 a 35 años (46.2%).

La anestesia general fue la más frecuentemente utilizada (65.4%), en la mamoplastia en el plano subfascial en la Clínica BisbalPlastic.

La incisión periareolar inferior se realizó en todas las pacientes (100%).

La disección del plano subfascial se puede realizar en forma completa. El uso de técnicas de hemostasia bajo visión directa e iluminación permite el buen control del sangrado.

El uso de drenaje se empleo en el 88.4% de pacientes, retirándose en promedio a 1.4 días.

El uso de prótesis redondas de perfiles altos texturizados en el plano subfascial nos dan mamas con buena proyección y de contornos anatómicos, este plano mantiene la forma y posición del implante en su tercio superior.

El tiempo operatorio promedio es bajo (2.6 horas) a pesar de haberse acompañado de otras cirugías (76.7%), dentro de las cuales la más frecuentemente fue la liposucción abdominal y de caderas (53.8%).

La estancia hospitalaria promedio es bajo (1.4 días).

La técnica presentada es muy versátil, sus resultados son fácilmente reproducibles, con pocas complicaciones y baja morbilidad.

BIBLIOGRAFIA

1. American Society of Plastic Surgeons. Available at: www.plasticsurgery.org. Accessed May 2, 2005.
2. Ries, L. A. G., Kosary, C. L., Hankey, B. F., Miller, B. A., Clegg, L., and Edwards, B. K. (Eds.). SEER Cancer Statistics Review, 1973–1996: Tables and Graphs. Bethesda: National Cancer Institute, 1999.
3. Karanas, Y. Leong, D. Da Lio, A. Waldron, K. Watson, J. Chang, H. and Shaw, W. Surgical Treatment of Breast Cancer in Previously Augmented Patients.
4. Miglioretti, D. Rutter, C. Geller, B. Cutter, G. Barlow, W. Rosenberg, R. Weaver, D. Taplin, S. Ballard-Barbash. Carney, P. Yankaskas, B. Kerlikowske, K. Effect of Breast Augmentation on the Accuracy of Mammography and Cancer Characteristics. JAMA. 2004;291:442-450.
5. A. Jill Leibman, MD. Beth Kruse, MD. Breast Cancer: Mammographic and Sonographic Findings after Augmentation Mammoplasty. Radiology 1990; 174:195-198.
6. McCarthy, C. Pusic, A. Disa, J. Cordeiro, P. Cody, H. Mehrara, B. New York. Breast Cancer in the Previously Augmented Breast. Plast. Reconstr. Surg. 119: 49, 2007.
7. Handel N, Silverstein MJ, Gamagami P, Jensen JA, Collins A. Factors affecting mammographic visualization of the breast after augmentation mammoplasty. JAMA. 1992;268:1913-1917.
8. Eklund GW, Busby RC, Miller SH, Job JS. Improved imaging of the augmented breast. AJR Am J Roentgenol. 1988;151:469-473.
9. Jakub, J., Ebert, M., Cantor, A., Gardner, M., Reintgen, D., Dupont, E., Cox, C., Shons, A. Breast Cancer in Patients with Prior Augmentation: Presentation, Stage, and Lymphatic Mapping. (Plast. Reconstr. Surg. 114: 1737, 2004.
10. Silverstein MJ, Handel N, Gamagami P, Waisman E, Gierson ED. Mammographic measurements before and after augmentation mammoplasty. Plast Reconstr Surg. 1990;86:1126-1130.
11. Destouet, J. M., Monsees, B. S., Oser, R. F., Nemecek, J. R., Young, V. L., and Pilgram, T. K. Screening mammography in 350 women with breast implants:

- Prevalence and findings of implant complications. A.J.R. Am. J. Roentgenol. 159: 973, 1992.
12. Spear, S. L., Slack, C., and Howard, M. A. Postmastectomy reconstruction of the previously augmented breast: Diagnosis, staging, methodology, and outcome. *Plast. Reconstr. Surg.* 107: 1167, 2001.
 13. Ventura, O.D. Marcello, G. Gamboa, C. Miro, A. Breast implants in the subfascial plane in replacement of the subglandular pocket: a logical change. *Cirugía Plástica Ibero-Latinoamericana* - Vol. 32 - Nº 1 de 2006.
 14. Kun Hwang, MD, PhD,* and Dae Joong Kim, PhD. Anatomy of Pectoral Fascia in Relation to Subfascial Mammary Augmentation. *Ann Plast Surg* 2005;55: 576–579.
 15. Graf RM, Bernaedes A, Auersvald A, et al. Subfascial endoscopic transaxillary augmentation mammoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2000;24:216–220.
 16. Graf RM et al. Subfascial Breast Implant: A new procedure. *Plast Reconstr Surg* 2003; 111(2): 904-908.
 17. Héctor César Durán Vega. Aumento mamario subfascial. *Cir Plast* 2007;17(3):161-167.
 18. Stoff-Khalili MA, Sholze R, Morgan RW, Metcalf JD. Subfascial periareolar augmentation mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2004; 114(5): 1280-1288.
 19. Graf R. Advantages of subfascial implantation. Discussion. *Aesth Plast Surg* 2005; 29: 384.
 20. Tebbets J. Subfascial periareolar augmentation mammoplasty. Discussion. *Plast Reconstr Surg* 2004; 114(5): 1289-1291.
 21. Ventura D, Marcello G. Anatomic and physiologic advantages of totally subfascial breast implants. *Aesth Plast Surg* 2005; 29: 379-383.
 22. Tebbets J, Adams W. Five Critical Decisions in breast augmentation using five measurements in 5 minutes: the high five decision support process. *Plast Reconstr Surg* 2005; 116(7): 2005-2016.
 23. Tebbets J. Does fascia provide additional meaningful coverage over a breast implant? *Plast Reconstr Surg* 2004; 113(2): 777-779.
 24. Fereydoun D, Parsa A. Subfascial periareolar augmentation mammoplasty. Letter. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117(2): 681-682.
 25. Barbato C, Peña M, Triana C, Zambrano C. Augmentation mammoplasty Using the Retrofascial Approach. *Aesth Plast Surg* 2004; 28: 148-152.

26. Góes JC, Landecker A. Optimizing outcomes in breast augmentation: Seven years of experience with the subfascial plane. *Aesth Plast Surg* 2003; 27: 178-184.
27. Duman A. Further advantages of using the subfascial implant in terms of capsular formation. *Plast Reconstr Surg* 2005; 115(3): 950-952.
28. Graf R. Does fascia provide additional meaningful coverage over a breast implant? Reply. *Plast Reconstr Surg* 2004; 113(2): 779-780.

ANEXOS

PROTOCOLO TOMA DE DATOS

FILIACION:

-NOMBRES Y APELLIDOS :.....
-EDAD :.....
-H. CLINICA :.....
-DIRECCION :..... TEL:

ANTECEDENTES:

- No HIJOS: NO () SI ()
- AAS () VIT E () AINES () TABACO ():
- PATOLOGICOS:
- QUIRURGICOS:
- FAMILIAR :

E. CLINICO:

T: mts P: kg IMC:
VOLUMEN DE MAMA
- MAMA DER : cc.....
- MAMA IZQ : cc.....
- PT : PM :
Hb :

CIRUGIA:

- PROCEDIMIENTO:.....
-ANESTESIA : GENERAL (): REGIONAL (): LOCAL ()
-FECHA : -DURACION :
-IMPLANTE :
TIPO : LISO () TEXTURIZADO ()
FORMA : REDONDOS () ANATOMICOS ()

VOLUMEN : D:cc I:cc

UBICACIÓN :

INCISION :

-DRENAJE : SI () NO ()

VOLUMEN : D: I:

ALTA :

COMPLICACIONES:

.....
.....
.....

SEGUIMIENTO:

-TIEMPO (meses)